



ASSOCIAÇÃO PROFISSIONAL DO COMÉRCIO E INDÚSTRIA

FICHA DE FILIAÇÃO

Sede: Estrada dos Três Rios, 1097 S/ 707 - Rio de Janeiro - RJ CNPJ 08.886.307/0001-43 Tel: (21) 3163-2243
www.ascoservi.org.br - contato@ascoservi.org.br

Dados da Empresa

Razão Social	
Cidade	UF

Dados do Titular

Nome Completo			
Dependentes	Data de Nascimento	RG	
CPF	Estado Civil	Sexo	
		M X <input type="checkbox"/> F X <input type="checkbox"/>	
Faculdade / Escola			
Curso			
Profissão	Entidade de Classe	Nº de Registro	
Endereço para Correspondência			
CEP	Cidade		UF
Bairro	Número		
E-mail			
DDD	Telefone	DDD	Celular
			Numero Ficha (ENTIDADE)

FAVOR ATENDER ÀS OBSERVAÇÕES ABAIXO:

- Solicito a minha afiliação a Ascoservi na categoria de afiliados estando ciente:
A - Não tenho o direito a voto nem ser votado para qualquer cargo na entidade.
B - Meu direito e somente participar da relação do benefício plano de Saúde ASCOSERVI.
- Autorizo a cobrança da contribuição Associativa no valor de R\$ 5,00 (Cinco reais) por mês no boleto.

Local e data _____ de _____ de 20____

Assinatura do Responsável
DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS A VERACIDADE DAS
INFORMAÇÕES AQUI POR MIM FORNECIDAS.